

Vaccine Screening Questionnaire for Rotavirus Infection
ロタウィルス感染症 予防接種予診票

		Body Temperature before interview 診察前の体温	°C
Address 住所		Tel: 電話	
Child's Name 受ける人の名前	M 男	Date of Birth 生年月日	/ / (yy/mm/dd) (年/月/日)
Parent/Guardian's Name 保護者の名前	F 女		(weeks and days after birth) (出生 週 日後)
接種日を記入してください。 Dates of Rotavirus Inoculation	First	Second	Third
ロタリックス(1価) 最終期限 出生24週0日後まで Rotarix (monovalent) to be completed by 24 weeks and 0 day after birth	/ / (mm/dd)	/ / (mm/dd)	
ロタテック(5価) 最終期限 出生32週0日後まで RotaTeq (pentavalent) to be completed by 32 weeks and 0 day after birth	/ / (mm/dd)	/ / (mm/dd)	/ / (mm/dd)
In case of the first vaccination for rotavirus infection, was the child not over 14 weeks and 6 days old after birth? Or, has there been an interval of 27 days or more after the previous rotavirus vaccination? (These are for the medical institution to confirm.) 1回目の場合、本日が出生14週6日後を過ぎていないことを確認しましたか。また、前回の接種から27日以上の間隔があいていることを確認しましたか。(医療機関の方がご確認ください)。			
Questionnaire for Vaccination 質問事項	Answer 回答欄	Doctor's comment 医師記入欄	
Have you read the document (sent to you previously by Sapporo City) explaining the vaccination that will be administered today and understood it? 今日受ける予防接種について札幌市から配られている説明文書を読み、理解しましたか。	Yes はい	No いいえ	
Have you received the explanation about intussusception (or read the document by Sapporo City) and understood it? 腸重積症について説明を受け(または札幌市からの説明文書を読み)、理解しましたか。	Yes はい	No いいえ	
Please answer the following questions about the child. あなたのお子さんの発育歴についておたずねします。 Birth weight Did the child have any abnormal findings at delivery? 出生体重 分娩時に異常がありましたか。 ()g Did the child have any abnormal findings after birth? 出生後に異常がありましたか。 Was any abnormality identified at an infant health check? 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか。	Yes あった Yes あった Yes ある	No なかった No なかった No ない	
Is the child sick today? 今日体に具合が悪いところはありますか。 If so, describe the nature of the illness. () 具体的な症状を書いてください。()	Yes はい	No いいえ	
Has the child been ill in the past month? 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。 Disease name () 病名()	Yes はい	No いいえ	
Has any family member or friend of the child had measles, rubella, chickenpox or mumps in the past month? 1ヶ月以内に家族や友達に麻疹(はしか)、風疹、水痘(水ぼうそう)、おたふく風邪などの病気の方がいましたか。 Disease name () 病名()	Yes はい	No いいえ	
Has the child been vaccinated in the past month? 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 Vaccine name () date () 予防接種名) 受けた日	Yes はい	No いいえ	
Has the child ever experienced intussusception or has he/she have any congenital GI tract disorder which have not been cured? * If the response is yes, the child cannot receive the rotavirus vaccine.. これまでに腸重積症になったことがありますか。または、治療を完了していない先天性消化管障害がありますか。 * この場合、ロタウィルスワクチンの接種は実施できません。	Yes はい	No いいえ	

<p>Has the child been diagnosed with an immunodeficiency? Has he/she ever suffered from infectious diseases such as pneumonia or otitis media, or repeatedly had diarrhea? Has his/her weight increase been slow? *The child may not be able to receive the rotavirus vaccination. これまでに免疫不全と診断されていますか。または、肺炎や中耳炎などの感染症や下痢を繰り返したり、体重の増えが悪かったりしたことがありますか。 ※ロタウイルスワクチンの接種が実施できないことがあります。</p>	Yes はい	No いいえ	
<p>Does the child have a congenital anomaly, gastrointestinal disturbance, heart, kidney, liver, a neurological disorder, or any other diseases for which you have consulted a doctor? その他、今までに先天性異常、胃腸障害、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか。 Disease name () 病名</p>	Yes はい	No いいえ	
<p>Where relevant, did the doctor who manages the above disease agree with today's vaccination? その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。</p>	Yes はい	No いいえ	
<p>Has the child had a seizure (spasm or fit) in the past? ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。 If so, at what age did it occur? () months old ヶ月頃</p>	Yes はい	No いいえ	
<p>If you answered "yes" to the preceding question, did the child have a fever at that time? そのとき熱が出ましたか。</p>	Yes はい	No いいえ	
<p>Has the child ever had a rash or urticaria (hives or 'nettle rash') as a reaction to medications or food; or become ill after eating certain foods or receiving certain medications? Name of medicine/food () 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。 薬・食品名</p>	Yes はい	No いいえ	
<p>Does the child have a family member or relative with a congenital immunodeficiency? 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか。</p>	Yes はい	No いいえ	
<p>Has the child had a serious reaction to a vaccine in the past? これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 Vaccine name () 予防接種名</p>	Yes はい	No いいえ	
<p>Has any family member or relative of the child had a serious reaction to a vaccine in the past? 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか。</p>	Yes はい	No いいえ	
<p>Did the mother receive an immunosuppressive drug during pregnancy? Drug name () 母親が妊娠中に免疫を抑制する薬の投与を受けましたか。 薬剤名</p>	Yes はい	No いいえ	
<p>Has the child ever received a transfusion of blood or blood products, or been given a medicine called gamma globulin in the past? これまでに輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか。*</p>	Yes はい	No いいえ	
<p>Do you have any questions about today's vaccination? 今日の予防接種について質問がありますか。</p>	Yes はい	No いいえ	
<p>Doctor's comment: 医師記入欄 Based on the above answers and the results of interview, I have decided that the child (can / should not) receive a vaccination today. I have explained to the parent/guardian the information concerning the benefits and side effects of the vaccination (especially intussusception) and the support provided to people who have had adverse events associated with vaccination. 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせた方がよい)と判断します。 保護者に対して、予防接種の効果、副反応(特に腸重積症)及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。 Signature or Name and Seal of Doctor: 医師署名又は記名押印</p>			
<p>The child has been interviewed by the doctor, and information concerning the benefits, objectives, and risks including serious side effects (especially intussusception) of the vaccination has been explained to me by the doctor, as has the nature of support provided if adverse events occur. I believe that I understand this information. I (do / do not)* give consent for the child to be vaccinated. *Please circle your choice. 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応(特に腸重積症)の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに(同意します・同意しません)※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。 This screening questionnaire is used to improve the safety of vaccinations. I understand the above and agree that this questionnaire can be submitted to Sapporo city. この予防票が、予防接種の安全性の確保を目的としていることを理解の上、本予防票が札幌市に提出されることに同意します。 Signature of Parent / Guardian: 保護者自署</p>			

Vaccine name 使用ワクチン名	Dosage 接種量		Institution/Doctor's Name/Date Administered 実施場所・医師名・接種年月日	
Vaccine Name ワクチン名 Lot. No. [Caution] Confirm that the expiration date of the vaccine is valid. (注)有効期限確認	Oral intake 経口摂取		Institution 実施場所 Doctor's Name 医師名 Date Administered / / (yy/mm/dd) 接種年月日 令和 年 月 日	
	Rotarix ロタリックス 1.5ml	RotaTeq ロタテック 2ml		
Doctor's comment 医師記入欄				

[Note] Gamma globulin is a blood product that is injected to prevent infections, such as type A hepatitis, and to treat severe infections. Live vaccines (for example, measles vaccine) are occasionally less effective in people who have received this product in the preceding 3 to 6 months.

※ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6カ月以内に受けた方は、麻しんなどの生ワクチンの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。